

Einsatz und Aufgaben des psychiatrischen Konsiliardienstes

Eine empirische Studie

Georg Meyer



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554616_0070

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. H. Hippus

EINSATZ UND AUFGABEN DES PSYCHIATRISCHEN KONSILIARDIENSTES;

EINE EMPIRISCHE STUDIE

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Meyer

aus

Deggendorf/ Donau

Jahr

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. Dr. W. Bender

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Mai 1987

Prüfungskommission: Prof. Meyendorf, Psychiatrie

Prof. Eisenmenger, Rechtsmedizin

Prof. Krueger, Chirurgie

Herrn Prof. Dr. H. Hippius danke ich für die Förderung
und wohlwollende Unterstützung der Arbeit.

Mein ganz besonderer Dank gilt

Herrn PD Dr. Dr. Bender

für die ausgezeichnete fachliche Betreuung und die stets
gute Zusammenarbeit.

Ferner danke ich

Herrn Dr. W. Greil für zahlreiche anregende Diskussionen.
Frau Dr. Gaupp für die Durchführung der statistischen
Analysen.

meiner Mutter

und meiner Frau Johanna

1.0	EINLEITUNG	1
1.1	Rückblick	1
1.2	Erwartungen an den konsultations- anfordernden Arzt	3
1.3	Empfehlung an den Konsiliar	4
1.4	Untersuchung und Bewertung über Arbeitsweise und Effektivität	5
1.5	Effizienz der psychiatrischen Konsiliartätigkeit	6
1.6	Fragestellung der Studie	6
2.0	MATERIAL UND METHODEN	7
2.1	Zeitraum der Untersuchung	7
2.2	Vorgehen und Auswertungskriterien	7
2.3	Aufzählungen der verschiedenen Ab- teilungen, die sich an den Konsiliar- arzt wenden	8
2.4	Anzahl der Patienten und ihre Ver- teilung	8
2.5	Verweildauer und Nutzungsgrad der 3 Jahrgänge	9
2.6	Verweildauer und Nutzungsgrad der einzelnen Stationen	9
2.7	Trends und Entwicklungen	11

3.0	ERGEBNISSE	12
3.1	Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliars	12
3.2	Fragestellungen an den Konsiliar- arzt	13
3.3	Verteilung der psychiatrischen Diagnosen	18
3.4	Häufigkeitsverteilung psychiatrischer Diagnosen in den somatischen Diagnose- klassen	20
3.5	Therapievorschläge	26
4.0	DISKUSSION - SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ER- GNZENDE ANMERKUNGEN	32
5.0	ZUSAMMENFASSUNG	43
6.0	LITERATURVERZEICHNIS	44

1.0 EINLEITUNG

1.1 Rückblick

Eine verbreitete ärztliche Tätigkeit ist die als Berater für andere Ärzte, also die als Konsiliarius. Obwohl diese Einrichtung jedem Arzt geläufig ist, wurde sie kaum Gegenstand wissenschaftlicher Folgerung, wie ein Literaturüberblick ergibt. Nur vereinzelt fanden sich Hinweise im - deutschsprachigen Schrifttum. In der amerikanischen Literatur werden eingehende Überlegungen aufgrund von Erfahrungen, jedoch ohne empirische Untersuchungen mitgeteilt. Demnach hält man Faktoren für möglich, die zu einer Selektion von Patienten der sozialen Schicht, der Ärzte angehören, zu der ihrer Patienten, oder die Umweltreaktion auf psychische Krankheit. Hinweise auf die Umweltreaktion seitens der Ärzte gegenüber ihren Patienten gaben nur ZOLA (103) sowie REIMANN und HÄFNER (30).

Es gibt Vermutungen, daß es das enge soziale Gefüge einer Krankenstation ist, welches dazu führt, daß Patienten in ihrem Verhalten stimuliert werden und in ihrem besonderen Maße eine affektive Irritation in ihrer Umgebung wachrufen. So scheint es ein wesentliches, wenn auch häufig unter der Schwelle der Bewußtheit bleibendes Motiv zu sein, die Indikation zur Herbeiholung des Psychiaters zu stellen (68).

Folgt man den Angaben von CROMBIE (14), so haben von einer Zufallstichprobe neu stationär aufgenommenen Patienten nur 52 % eine Erkrankung, die völlig oder überwiegend organischer Natur ist. Bei den restlichen 48 % spielt der psychische Anteil im Krankheitsbild eine mehr oder weniger große Rolle, wobei die Abstufung von ganz oder überwiegend psychischer oder psychiatrischer Erkrankung bis zur psychischen Komponente beim wesentlichen organischbedingter Krankheit reicht. Andere Autoren schätzen diesen Prozentsatz vom Patienten mit mehr oder weniger großen psychosozialen Krankheitsanteilen auf 50-80 % (49, 50, 51), Schätzungen über die im engeren Sinn psychosomatischen Kranken liegen zwischen 20-60 % (23, 35, 46, 87). Auch wenn man diese Zahlen als (fehlerbehaftete) grobe Schätzungen nimmt, so belegen sie doch die Notwendigkeit und das große Indikationsfeld für einen psychiatrischen Konsiliardienst (siehe auch 41, 88). Diesem großen Indikationsfeld steht eine tatsächliche generelle Nutzungsquote gegenüber, die zwischen 2,63 % (64) und 3,3 % (93) angegeben wird, wobei nach SASSER und KINZIE (78) die Untergruppen der Patienten in der Neurologie mit 11,9 %, die internistischen mit 6 % und die chirurgischen Patienten mit 1,5 % zu Buche schlagen.

1.2 Erwartungen vom konsultationsanfordernden Arzt

Zur Integrationsförderung und besseren Nutzung des psychiatrischen Konsiliardienstes erwartet SCHUBERT (81) vom konsultationsanfordernden Arzt u.a.: Dokumentation jetziger und früherer für den Konsiliar belangvoller Befunde; Stellen einer spezifischen Frage; Anbieten kontinuierlicher Zusammenarbeit mit dem Konsiliar; Bemühung um persönlichen Kontakt mit dem Konsiliar (nicht nur Anforderung des schriftlichen Befundes); Erstellen einer kurzen Befundzusammenfassung über den Patienten im Fachgebiet des konsultierenden Arztes.

1.3 Empfehlung an den Konsiliar

Dem Konsiliar empfiehlt der gleiche Autor (80)

- im Gespräch mit dem Patienten die Priorität der Betreuung durch den nichtpsychiatrischen Kollegen hervorzuheben,
- direkte und indirekte kritische Bemerkungen über mangelndes psychiatrisches Wissen anderer zu unterlassen,
- keine direkten oder indirekten psychiatrischen Diagnosen über andere Ärzte oder Pflegepersonal zu stellen,
- die Schwierigkeiten anzuerkennen, die der Umgang mit Patienten, die organische und psychosoziale Probleme gleichzeitig haben, mit sich bringt,
- bereitwillig Mitarbeit in fachübergreifenden Gremien anzubieten,
- sich gut mit der Arbeit des Pflegepersonals der konsiliarisch betreuten Stationen vertraut zu machen.

1.4 Untersuchung und Bewertung über Arbeitsweise und Effektivität

Evaluiert man die Einstellung zur Arbeit des Konsiliar-
dienstes, so findet SASSER und KINZIE (78), daß vom
nichtpsychiatrischen Behandlungspersonal 23 % den Konsi-
liar niemals für Patienten in Anspruch genommen hatten und
nur 35 % ihn als meistens hilfreich für die Betreuung
einschätzen (50 % schätzen als eigentlich hilfreich, 14 %
als nicht hilfreich). Die Patienten stehen dem Konsiliar
nach der gleichen Untersuchung im wesentlichen positiv
gegenüber und schätzen ihn als wertvoll ein.

Die Therapievorschläge des Konsiliars sind SASSER und
KINZIE in vielen Fällen zu vage und unverbindlich. Macht
der Konsiliar genaue Therapievorschläge, so werden diese
in 63 % der Flle befolgt. BILLOWITZ (7) und FRIEDSON
berichten ähnliche Zahlen und finden, daß 25,8 % der
Konsiliaranordnung nicht befolgt werden, 11,5 % werden
passiv befolgt (Weiterführung einer begonnenen Behandlung)
und 62,7 % werden aktiv befolgt.

1.5 Effizienz der psychiatrischen Konsiliartätigkeit

Der Begriff Effizienz bezieht sich so, ähnlich wie WING (1974) es beschrieb, nicht unmittelbar auf eine Optimierung der psychiatrischen Diagnostik und Therapie, sondern vor allem auf die Fähigkeit der Nichtpsychiater, psychische Störungen als Krankheit zu verstehen und zu behandeln und sie nicht mit einer eigenen Reaktionsbildung zu beantworten.

1.6 Fragestellung der Studie

Die vorliegende Studie versucht anhand von 3-Jahrgängen durch Häufigkeiten und Rangreihen genauer zu evaluieren,

- welche Fragestellungen bezüglich Diagnostik und Therapie an den Konsiliar gestellt werden,
- wie die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen unter dem konsiliarisch beurteilten Patienten allgemein und unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen somatischen Diagnosenklassen ausfällt,
- welche Therapien vorgeschlagen werden.

2.0 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Zeitraum der Untersuchung

Die folgende Auswertung bezieht sich auf die schriftlichen Befunde (Anforderung, Konsiliarbericht der Jahre 1976, 1977 und 1978 eines psychiatrischen Konsiliardienstes).

2.2 Vorgehen und Auswertungskriterien

Die vom psychiatrischen Konsiliar obligat erstellten Arztberichte über Erstkonsultationen sowie die Befunde und Anforderungsschreiben der Klinik wurden von zwei erfahrenen Psychiatern (von denen der eine selber über 1 Jahr lang auf dieser Konsiliarstelle tätig gewesen war) ausgewertet und bezüglich der o.g. Fragestellungen statistisch gezählt.

Die Konsiliartätigkeit im genannten Zeitraum füllte praktisch eine Ganztagsstelle aus (inzwischen ist mit Erweiterung der Bettenzahl eine Ganztagsstelle nicht mehr ausreichend).

2.3 Aufzählung der verschiedenen Abteilungen, die sich an den Konsiliararzt wenden

In dem konsiliarisch betreuten Großklinikum waren seinerzeit 3 medizinische Kliniken, Chirurgie, Neurologie, Neurochirurgie sowie physikalische Medizin vertreten (Urologie und HNO kamen mit dem Jahre 1978 hinzu).

2.4 Anzahl der Patienten und ihre Verteilung

Insgesamt wurden 1165 Patienten konsiliarisch untersucht.

1976 waren das 427 Patienten, davon 170 männliche (39,8%) und 257 weibliche Patienten (60,2%).

1977 war die Patientenzahl 414, davon 151 weibliche (36,4%) und 263 männliche (63,6%).

1978 wurden 432 Patienten untersucht, davon 156 männliche (36,2%) und 276 weibliche (63,8%).

Somit ergibt sich eine mehr oder minder gleiche Prozentzahl an weiblichen und männlichen Patienten in allen 3 Jahrgängen. Siehe auch Tabelle und Graphik.

2.5 Verweildauer und Nutzungsgrad der 3 Jahrgänge

Die durchschnittliche Verweildauer

1976 lag bei 17 Tagen,

1977 bei 16 Tagen und

1978 ebenfalls bei 16 Tagen.

Der Nutzungsgrad gesamt

1976 lag bei 88,2%,

1977 bei 87,9% und

1978 bei 85%.

2.6 Verweildauer und Nutzungsgrad der einzelnen Stationen

a) Die durchschnittliche Verweildauer der einzelnen Stationen in Tagen

	1976	1977	1978
Chirurgie	11	13	12
Herzchirurgie	9	10	13
Med.Klinik I	18	17	16
Med.Klinik II	23	22	20
Med.Klinik III	20	19	15
HNO	--	--	12
Neurochirurgie	10	11	10
Neurologie	16	16	13
Urologie	--	--	13
Physikalisch/medizinisch	16	22	32

b) Nutzungsgrad der einzelnen Stationen in %

	1976	1977	1978
Chirurgie	81,2	83,3	94,1
Herzchirurgie	49,7	51,8	57,9
HNO	--	--	77,9
Med.Klinik I	86,2	85,7	88,3
Med.Klinik II	94,3	93,8	92,5
Med.Klinik III	83,6	81,4	82,1
Neurochirurgie	89,5	90,7	89,7
Neurologie	92,0	91,7	94,9
Urologie	--	--	74,9
Physikalisch/medizinisch	72,7	82,8	88,8

2.7 Trends und Entwicklungen

Da die Jahre 1976 und 1978 sowohl bezüglich der Erweiterung und des Ausbaus der Bettenzahl in der konsiliarisch betreuten Klinik als auch in Art und Umfang der Konsiliartätigkeit selbst eine Aufbauphase darstellt, wurde erwartet, daß sich Trends und Entwicklungen aufzeigen lassen, die möglicherweise typisch für eine solche Aufbauphase sind und später in einer Konsolidierungsphase nicht mehr erscheinen.

3.0 ERGEBNISSE

3.1 Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliars

Bezogen auf die Anzahl der stationären Neuzugänge pro Jahr lag die Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliardienstes 1976 bei 5,8 %, 1977 bei 4,3 % und 1978 bei 2,8 % der Patienten.

Bei deutlicher Zunahme der stationären Neuzugänge

1976 7305 Patienten,

1977 9714 Patienten,

1978 15327 Patienten,

bleibt die Zahl der konsiliarisch gesehenen Patienten etwa bei 430 pro Jahr stehen. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, daß dieser Trend lediglich als Folge der Begrenzung in der Leistungskapazität des Konsiliararztes zu sehen ist, da dieser wenig bis keinen Einfluß auf Anzahl und Art der Anforderungen für Konsultationen hatte und bei vermehrter Anforderung auch mit personeller Unterstützung von unserer psychiatrischen Poliklinik rechnen konnte.

Da die Werte der Inanspruchnahme des Konsiliars 1978 mit 2,8 % den Werten anderer Autoren (35,49,50,51,77,78) entsprechen, könnte der Trend auch so verstanden werden, daß zu Beginn seiner Einrichtung der Konsiliardienst häufiger angefordert wird und sich dann das Niveau auf etwa 2,5 bis 3 % der stationären Neuzugänge pro Jahr einpendelt.

3.2 Fragestellungen an den Konsiliararzt

Die Tabelle I zeigt die Rangreihe der häufigsten Fragestellungen bezüglich des zu untersuchenden Patienten an den psychiatrischen Konsiliar gestellt, von der anfordernden Klinik. An erster Stelle steht die Frage nach neurotischer Störung, psychogener Überlagerung.

TAB.I: Prozentuale Häufigkeiten der an den psychiatrischen Konsiliar gerichteten Fragestellungen des anfordernden Arztes (die Rangreihe ist für die zusammengefassten Jahrgänge 1976-1978, die auch gesondert aufgeführt sind, angegeben)

	Gesamt 1976-1978	1976	1977	1978
1. Neurosen? Psychosen?				
Psychische Überlagerung?	28,1	27,5	26,1	31,8
2. Depression?	21,7	25,9	23,2	14,2
3. Suicidal?	18,8	14,5	20,1	22,8
4. Therapievorschlagn?	11,6	8,9	10,4	16,8
5. Psychiatrisch auffällig?	9,5	11,7	9,9	6,2
6. Organisch begründbare Psychose?	4,6	6,1	4,4	2,7
7. Endogene Psychose?	2,6	1,6	3,6	2,5
8. Alkoholabusus?	1,2	1,2	0,9	1,5
9. Anorexia nervosa?	1,2	1,6	1,2	0,6
10. Tablettenabusus?	0,4	0,5	0,2	0,6
11. Zurechnungsfähig?	0,3	0,5	0	0,3

Es folgt die Fragestellung nach Depression und an 3. Stelle nach Abschätzung und Beurteilung der Suicidalität. An 4. Stelle steht der Therapievorschlagn. Es folgt die Frage nach psychiatrisch auffällig (5.). 6. Organisch begründbare Psychosen. Die Fragestellungen 7.

Endogene Psychose, 8. Alkoholabusus, 9. Anorexia nervosa, 10. Tablettenabusus, 11. zurechnungsfähig, sind in der Häufigkeit ihrer Fragestellung deutlich abnehmend, in %-Zahlen nur mehr 1,6 % bis 0,5 %. Zusammenfassend kann man hier feststellen, daß die Fragestellung 1-6 fast 95 % der Fragestellung beinhaltet.

Betrachtet man die Tabelle I, so steht wie erwähnt an erster Stelle die Frage nach neurotischer Störung, psychogener Erkrankung und psychogener Überlagerung.

In einem Zeitraum von 3 Jahren, 1976 - 1978, nimmt diese Fragestellung, die 27,5% 1976 ausmacht, bei ca. 1 % Rückgang 1977 wiederum 1978 mit 31,8 % deutlich zu (Gesamtdurchschnitt 28,1 %).

An zweiter Stelle der Fragestellung steht die Depression (Gesamtdurchschnitt 21,7 %). Es fehlt ein deutlicher Rückgang dieser Fragestellungen von 25,9 % 1976 auf 23,2% 1977 und schließlich mit nur mehr 14,2 % 1978 auf.

An dritter Stelle steht die Suicidalität (Gesamt 18,8 %). Hier wiederum sieht man einen deutlichen Anstieg in den Jahren 1976 14,5 %, 1977 20,1 % und schließlich 1978 22,8 %.

An vierter Stelle steht der Therapievorschlagn (Gesamtdurchschnitt 11,6 %), wobei ein deutlicher Anstieg von 8,9 % 1976, 10,4 % 1977 und 16,8 % 1978 zu verzeichnen ist.

Beobachtet man diesen Trend, so stellt man fest, daß die Fragestellung Depression an Häufigkeit überboten hat.

An fünfter Stelle steht die Fragestellung psychiatrisch auffällig (Gesamt 9,5 %). Hier zeichnet sich ein Rückgang von 1976 bis 1978 (von 11,7%, 9,9% auf 6,2%) ab.

An sechster Stelle steht organisch begründbare Psychose? (Gesamt 4,6%). Ebenfalls Rückgang von 1976 bis 1978 (6,1%, 4,4% auf 2,7%).

An siebter Stelle der Fragestellung steht die endogene Psychose (Gesamt 2,6%). Hierbei fällt ein leichter Anstieg 1976 von 1,6 % auf 3,6 % 1977 und ein leichter Rückgang von 2,5 % im Jahre 1978 auf.

An achter Stelle der Fragestellung steht der Alkoholabusus (Gesamt 1,2 %). Im Jahre 1976 lag der Wert auf 1,2 %, 1977 0,9 % und 1978 1,5%.

An neunter Stelle steht die Anorexia nervosa mit 1,2 % im Gesamtdurchschnitt. Hier wiederum fällt ein Rückgang dieser Fragestellung von 1976 mit 1,6 %, 1977 1,2 % und 1978 mit 0,6 % auf.

Nr. 10 nimmt die Fragestellung der Tablettenabusus ein. Gesamtdurchschnitt 0,4 %. 1976 0,5 %, 1977 0,2 % und 1978 0,6 %.

Schließlich als 11. und letzter Punkt nimmt die Fragestellung der Zurechnungsfähigkeit ein. Ein Gesamtdurchschnitt von 0,3 % (1976 0,5%, 1977 0,0% und 1978 0,3%).

Als Trend über den Zeitraum der 3 Jahre nehmen eher unspez.Fragestellungen, wie Frage nach psychiatrischer Auffälligkeit und Vorliegen einer Depression, ab; spez. Fragestellungen, wie nach Neurose bzw. Psychogenese, nach Suicidalität sowie nach Therapievorschlügen, nehmen zu.

Setzt man die bei dem Patienten erhobenen psychiatrischen Diagnosen zu den Fragestellungen in Beziehung, so findet sich für die ersten drei Fragestellungen folgende Verteilung:

Fragestellung	Diagnosenränge
1. Neurose? Psychose?	1. psychosomatische Erkrankungen 27% 2. Neurose 26%
2. Depression?	1. reaktive Depression 17,8% 2. endogene Depression 16,2% 3. Depression unklarer Genese 13,0%
3. Suicidal?	1. Zustand nach Suicidversuch 65,0 %

An Information wurde dem Konsiliar neben der Fragestellung von der anfordernden Klinik im Durchschnitt eine somatische Diagnose über den Patienten mitgeteilt, die in 56,6 % als gesichert und in 34,6 % als ungesichert einzustufen war. Bei 8,8 % der Konsiliarpatienten lag zum Zeitpunkt der Konsiliaranforderung keine somatische Diagnose vor. (Im Jahre 1976 befanden sich 4 von insgesamt 7 Schizophrenen unter diesen Patienten ohne somatische Diagnose.)

3.3 Verteilung der psychiatrischen Diagnosen

Tabelle II zeigt die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen unter den Konsiliarpatienten. Die Häufigkeitsveränderungen innerhalb von 3 Jahren sind gering, lediglich das depressive Syndrom unklarer Genese zeigt eine Zunahme und die Fälle ohne psychiatrische Erkrankung nehmen ab.

Faßt man in größere diagnostische Kategorien zusammen, so ergibt sich die folgende Rangreihe über den 3-Jahres-Zeitraum (in Klammern die zusammengefaßten Diagnosen der Tabelle II)):

25,1 %	Reaktionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (10-13)
13,1 %	Suicidalität (17)
13,0 %	exogene Psychosen (akute und chron. Formen) (1-5)
12,6 %	psychosomatische Erkrankungen (14-16)
8,6 %	endogene Psychosen (6-9)
8,2 %	somatopsychische Syndrome (22, 23)
7,9 %	depressiv-neurasthenische Syndrome unklarer Genese (20, 21)
5,4 %	Suchterkrankungen 18, 19)
5,9 %	psychiatrisch unauffällig (24)

TAB. II Prozentuale Häufigkeiten der psychiatrischen
Diagnosen der Konsiliarisch untersuchten
Patienten der Jahrgänge 1976 - 1978

Diagnose	Gesamt 1976-1978	1976	1977	1978
1. Psychoorganisches Syndrom	8,4	9,4	7,2	8,6
2. Psychosyndrom bei frühkindlichem Hirnschaden	0,3	0	0	0,9
3. Delir-Halluzinose	0,9	0,4	0,5	1,8
4. Andere endogene Psychosen	2,4	2,3	2,1	2,7
5. Psychose mit fraglich organischer Ätiologie	1,1	0,9	1,7	0,6
6. Schizophrenie	1,9	1,6	2,1	1,8
7. Suicidversuch bei manisch-depressiver Psychose	0,8	0,7	1,0	0,6
8. manisch-depressive Psychose und larvierte Form	3,2	3,9	4,5	0,3
9. Endogene Depression im Involutionalter	2,7	2,8	2,6	2,7
10. Reaktive Depression	7,3	7,4	9,1	4,6
11. Persönlichkeitsstörung, Sexualstörung	2,1	1,4	2,4	2,5
12. Neurosen, somatisierte Neurosen	14,8	14,2	14,0	16,6
13. Minderbegabung	0,9	0,7	1,7	0
14. Herzangstsyndrom	2,6	1,4	4,1	2,2
15. Psychosomatische Erkrankung, funktionelle Störung	9,0	10,3	9,9	6,2
16. Anorexia nervosa	1,0	1,6	1,0	0,3
17. Suicidversuch, Suicidalität	13,1	10,1	13,8	16,3
18. Alkoholismus	3,0	3,0	1,7	4,6
19. Drogen- und Medikamentenmißbrauch	2,4	2,8	1,7	2,7
20. Depressives Syndrom unklarer Genese	5,7	3,7	5,0	9,2
21. Depressiv-neurasthenisches Syndrom unklarer Genese	2,2	3,0	1,4	2,2
22. Depressiv-neurasthenisches Syndrom bei organischer Grunderkrankung	2,4	2,3	2,6	2,2
23. Psychogene Überlagerung bei organischer Erkrankung	5,8	4,4	7,0	6,2
24. Keine psychiatrische Er- krankung	5,9	11,0	2,4	3,7
Patientenzahlen	1165	427	414	432

3.4 Häufigkeitsverteilung psychiatrischer Diagnosen in den somatischen Diagnoseklassen

Tabelle III zeigt eine Übersicht über die Prozenzhäufigkeit der verschiedenen somatischen Diagnosen bei den Konsiliarpatienten sowie die Rangreihe (soweit deutlich hervortretend) der psychiatrischen Diagnosen in diesen einzelnen somatischen Krankheitskategorien. Für die Prozentangabe hinter der psychiatrischen Diagnose ist jede somatische Krankheitsklasse jeweils auf 100 % gesetzt (das bedeutet z.B. bei 4,7 Lungenerkrankungen und hierunter 50 % Patienten mit psychogener Überlagerung, daß 2,35 % der Konsiliarpatienten mit Lungenerkrankungen als psychogen überlagert diagnostiziert wurden).

Die Häufigkeitsrangreihe der somatischen Diagnoseklassen bei den Konsiliarpatienten wird von der Tablettenintoxikation angeführt. Es folgen Herzkreislauferkrankungen, andere Erkrankungen, keine organische Diagnose vorliegend und Schmerzzustände.

Über den 3-Jahres-Zeitraum bleiben die Häufigkeiten im wesentlichen unverändert, lediglich die Tablettenintoxikation zeigt eine zunehmende und die Kategorie anderer Diagnosen eine abnehmende Tendenz. Betrachtet man die psychiatrischen Diagnosen, so wird deutlich, daß insbesondere in den Kategorien der fehlenden somatischen Diagnose und bei den somatischen Syndrom-Diagnosen wie Adynamie, Fieber, Hyperventilation, Erbrechen, Zephalgien, Schmerzzustände und Schwindel die Neurosen an erster Stelle stehen, während bei Magen-Darm-Erkrankungen die psychosomatische Erkrankung vor den Neurosen dominiert. Bei den Herzkreislauferkrankungen findet sich sowohl das psychoorganische Syndrom als auch neurotische oder psychosomatische Erkrankung bei den 3 Jahrgängen je einmal an erster Position.

Die Konsiliarpatienten mit endokrinen Störungen und Nierenleiden zeigen keine hervortretenden Häufigkeiten für bestimmte psychiatrische Diagnosen, was auch mit der relativ geringen Fallzahl zusammenhängen kann. Bei Lungenerkrankungen rangiert die psychogene Überlagerung vor der psychosomatischen Genese, und nach Operation findet sich an erster Stelle die reaktive Depression.

Bei den Patienten mit Folgezustand (SAB, SVT, das psycho-organische Syndrom bei den 3 Jahrgängen jeweils an erster Position und nur im Jahrgang 1976 zeigt sich an zweiter Stelle die reaktive Depression.

In dem Jahrgang 1976 konnte bei der Commotio, Contusio, epidurales Hämatom, depressiv-neurasthenisches Syndrom bei organischer Grundlage gefunden werden. 1977 und 1978 wurden keine Erhebungen gemacht.

Bei der Cerebralsklerose steht an erster Stelle in allen 3 Jahrgängen das psycho-organische Syndrom und an zweiter Stelle das depressiv-neurasthenische Syndrom bei organischer Grundlage. Bei Anfällen und Epilepsie wurde lediglich 1976 keine psychiatrische Erkrankung festgestellt.

An zweiter Stelle lag damals die Neurose. Schließlich zeigte sich bei neurologischen Systemerkrankungen 1976 überwiegend psychogene Überlagerung, während 1976 ein depressiv-neurasthenisches Syndrom bei organischer Grundlage festgestellt wurde und 1978 keine Erhebungen gemacht wurden.

Es ist schon aus der Datenerhebung ersichtlich, soll jedoch an dieser Stelle noch einmal betont werden, daß die beschriebenen Häufigkeiten bzw. Rangreihen der psychosomatischen Diagnosen innerhalb der somatischen Krankheitsklasse natürlich keinen Schluß darauf zulassen, wie häufig z.B. eine psychosomatische Störung unter anzutreffen ist.

Die Zahlen beziehen sich lediglich auf die Patienten, die der überweisende Arzt, aus welchen Gründen auch immer, für psychiatrisches Konsil ausgewählt hatte und spiegeln damit mehr die fachliche Zusammenarbeit wider: Je nachdem wie empfänglich ein Arzt in der Wahrnehmung der psychiatrischen Symptomatik seiner symptomatisch kranken Patienten ist, wird er einen mehr oder weniger großen Anteil der Patienten zum Konsiliar schicken, um seine Vermutungen bestätigen zu lassen und wird eine mehr oder weniger hohe "Trefferquote" in der Herausfilterung psychiatrischer Krankheitsbilder haben. Da insgesamt nur 5,9 % der überwiesenen Patienten psychiatrisch unauffällig waren (siehe Tabelle II), war die Indikation für die Konsiliaruntersuchung offensichtlich sorgfältiger gestellt.

Pathologische Diagnose	1976	1977	1978
Herz- u. Kreislauf- krankungen	12,3 % 1. psychoorgan. Syndrom 17% 2. depr. Syndrom unklarer Genese 15% 3. Neurosen 9%	14,5 % 1. psychosomat. Erkrank- ung 31% 2. psychogene Über- lagerung 8%	12,9 % 1. Neurosen 21% 2. psychosom. Er- krankung 16% 3. depr. Syndrom un- klarer Genese 14%
Lebererkrankung, Cholelithiasis	4,2 % 1. psychogene Überlagerung 20% 2. psychosom. Erkrankung 20%	4,7 % 1. psychogene Über- lagerung 50% 2. psychosom. Erkrank. 15%	4,2 % 1. psychogene Über- lagerung 36% 2. psychosom. Erkrank. 21%
Leber-, Darm- erkrankungen	4,0 % 1. psychosom. Erkrankung 42%	8,2 % 1. psychosom. Erkrank. 31% 2. Neurosen 11%	6,9 % 1. psychosom. Erkrank. 24% 2. Neurosen 22%
Leber-, Gallen- erkrankungen	2,3 % 1. Alkoholismus 45% 2. Neurosen 27%	3,0 % 1. reaktive Depression 23%	3,3 % 1. Alkoholismus 27% 2. Neurosen 27%
Lebererkrankungen	2,5 %	0,9 %	2,4 %
Endokrine Erkrank- ungen	3,4 %	4,7 %	3,9 %
Verstand nach Op	4,0 % 1. reaktive Depression 32% 2. psychoorg. Syndrom 26%	5,2 % 1. reaktive Depression 23% 2. psychogene Über- lagerung 18%	6,0 % 1. reaktive Depres- sion 20% 2. psychoorg. Syndrom 20%
Comotio/Contusio/ traumatisches durales Hämatom	1,9 % 1. depr. Neurosthen.	0,7 %	1,2 %

deust. SAB, SVF, Erysmablutung	2,1 % 1. psychoorg.Syndrom 60% 2. reaktive Depression 20%	1,9 % 1. psychoorg.Syndrom 50%	1,2 % 1. psychoorg. Syndrom 50%
atolog. System- krankungen	1,7 % 1. psychogene Über- lagerung 37%	2,3 % 1. depressives neurasth. Syndrom b.org.Grund- lage 30%	1,6 %
zelle, Epilepsie	2,5 % 1. keine psychiatr.Erkr. 25% 2. Neurose 25%	1,4 %	0,6 %
rebrasklerose	2,9 % 1. psychoorg.Syndrom 64% 2. depr.-neurasth.Syndrom b.org.Grundlage 29%	3,7 % 1. psychoorg.Syndrom 44% 2. depr.-neurasth.Syndr. b.org.Grundlage 19%	0,6 % 1. psychoorg.Syndr.100%
phalgien	5,5 % 1. Neurosen 31% 2. psychosom.Erkr. 23%	1,6 % 1. Neurosen 57%	2,1 % 1. Neurosen 71%
hmerzszustände	10,3 % 1. psychosom.Erkr. Herz- angst, Anorexie 29% 2. Neurosen 20%	7,5 % 1. Neurosen 22% 2. endog.Depression Involut.Depression 22%	5,4 % 1. Neurosen 28%
hwindel, "Anfälle"	3,8 % 1. Neurosen 22% 2. keine psychiatr. Erkrankung 22%	1,2 % 1. Neurosen 60%	6,3 % 1. Neurosen 38%
dere Syndromdiagno- n: Agnämie, Fieber, pervert, Erbrechen	5,6 % 1. psychosom.Erkr., Anorexie 38%	3,5 % 1. Neurosen 40%	4,5 %

Diabetes-mellitus	10,1 % 1. Suizidversuch 2. Suizidversuch bei endog. Depression	81 % 8 %	17,1 % 1. Suizidversuch 2. Suizidversuch bei end. Depression 3. Schizophrenie	78 % 5 % 5 %	18,9 % 1. Suizidversuch	83 %
andere Diagnosen	14,3 % 1. psychosom. Exkz. 2. Neurosen	15 % 12 %	5,4 % 1. reaktive Depression	20 %	7,2 %	
ohne organ. Diagnose vorliegend	6,5 % 1. Neurosen 2. endog. Depression	26 % 16 %	8,4 % 1. Neurosen 2. depr. Syndrom un- klarer Genese	25 % 19 %	11,1 % 1. Alkoholismus 2. reaktive Depr.	19 % 16 %

3.5 Therapievorschläge

Tabelle IV zeigt die therapeutischen Empfehlungen des Konsiliars, wobei Behandlungskombinationen nicht als gesonderte Kategorie aufgeführt, sondern jeweils bei den einzelnen Komponenten erfaßt wurden. An der Spitze der Behandlungsempfehlungen rangieren neben Beratung-Psychotherapie-Verhaltenstherapie die Gabe von Antidepressiva, gefolgt von Tranquilizern und ambulanter nervenärztlicher Beratung.

Es fällt auf, daß die Anwendung von Antidepressiva bei

1. endogenen Depressionen, Involutions-Depressionen,
2. Neurosen,
3. depressives Syndrom unklarer Genese,

von 24.2% 1976 auf 16.1% 1977 und 10.2% 1978 deutlich abnahm.

Ebenfalls zeigte sich ein abfallender Trend über den 3-Jahres-Zeitraum bei den Tranquilizern.

War 1976 bei Anwendung von

1. Neurosen,
2. reaktive Depression,
3. psycho-somatischen Erkrankungen, Herzangst, Anorexie,

eine Applikation von 21%, so war 1977 11,8% und 1978 ein Rückgang auf 8% verzeichnet worden. Dem gegenüber steht ein ansteigender Trend über den 3-Jahres-Zeitraum bei Beratung (kleine), Psychotherapie, Verhaltenstherapie bei Anwendung von

1. Neurosen,
2. psychosomatischen Erkrankungen, Herzangst, Anorexie,
3. Suicidversuch.

1976 war hierbei eine Prozentzahl von 14,8 % erreicht worden, die 1977 auf 18,8 % und 1978 auf 19,5 % gestiegen war.

Eine weitere Therapieempfehlung, wie körperliche Entspannungsverfahren, autogenes Training, Eutonie, Atemgymnastik bei Anwendung von

1. psycho-somatischen Erkrankungen, Herzangst, Anorexie,
2. psychogene Überlagerung,

hatte ebenfalls einen kleinen ansteigenden Trend zu verzeichnen.

1976 5,6 %; 1977 6,3 % und 1978 7,4 %.

Neuroleptika als Applikation für

1. psycho-organische Syndrome (andere exogene Psychosen),
2. Drogen-Tablettenabusus,
3. Schizophrenie,

wurden 1976 mit 5,4 %, 1977 mit 3,3 % und 1978 mit 4,7 % relativ wenig appliziert.

Die Empfehlung für ambulante nerverärztlich Betreuung und sozialpsychiatrische Maßnahmen hauptsächlich indiziert bei

1. Suicidalität
2. Alkoholismus

geht von 3,6 % 1976 minimal zurück auf 3,5 % 1977 und steigt auf 8 % 1978 an.

Eine stationäre psychiatrische Betreuung ist bei

1. Schizophrenien,
2. endogenen Depressionen,
3. Suicidalität

vorgesehen.

	TABELLE IV		
	1976	1977	1978
Psychotherapieempfehlung	14,8 %	18,8 %	19,5 %
Psychotherapie (kleine) Psychotherapie, Verhaltenstherapie	1. Neurosen 34% 2. psychosom. Erkrankung Herzangst, Anorexie 23% 3. Suizidversuch 16%	1. Psychosom. Erkrankung, Herzangst, Anorexie 36% 2. Neurosen 29% 3. Suizidversuch 16%	1. Suizidversuch 2. Neurosen 3. psychosom. Erkrank. Herzangst, Anorexie
Körperliche Entspannungsverf., autogenes Training, Eutonik, Bewegungsmethoden	5,6 %	6,3 %	7,4 %
	1. psychosom. Erkrank., Herzangst, Anorexie 60% 2. psychogene Überlagerung 13%	1. psychosom. Erkrank., Herzangst 42% 2. psychogene Überlagerung 22%	1. psychogene Überlagerung 2. Neurosen
Medikation	24,2 %	16,1 %	10,2 %
	1. endog. Depr., Involutionen-Depression 21% 2. Neurosen 15% 3. depr. Syndrom unkl. Genese 10%	1. endog. Depr., Involutionen-Depression 25% 2. reakt. Depression 21% 3. depr. Syndrom unklarer Genese 17%	1. depr. Syndrom unklarer Genese 2. endog. Depression 3. Involutionen-Depression
Psycholeptika	5,4 %	3,3 %	4,7 %
	1. psychoorg. Syndrom 17% 2. Drogen/Tabakabusus 14%	1. andere exog. Psych. 31% 2. Schizophrenie 25%	1. psychoorg. Syndrom 2. andere exog. Psychosen
Antipsychotika	21,0 %	11,8 %	8,0 %
	1. Neurosen 22% 2. reaktive Depression 15% 3. psychosom. Erkrank. Herzangst, Anorexie 14%	1. psychosom. Erkrank. 22% 2. reaktive Depression 19% 3. psychogene Überlag. 17%	1. psychosom. Erkrank. 2. Neurosen 3. depr. Syndr. unklarer Genese
Andere Medikamente (z.B. Chlormethiazol, Meprobamat)	3,2 %	1,6 %	1,9 %
Stationäre psychiatr. Betreuung	5,1 %	5,1 %	6,0 %
	1. Schizophrenie 18% 2. endog. Depression 15%	1. Schizophrenie 20% 2. Suizidalität 16%	1. Suizidalität 20%
Stationäre/sozial-psychiatrische Maßnahmen	3,6 %	3,5 %	8,0 %
	1. Suizidalität 21% 2. Alkoholismus 16%	1. Suizidalität 23%	1. Suizidalität 20% 2. Alkoholismus 10%
Keine psychiatrische Behandlung erforderlich	9,6 %	4,1 %	7,1 %
	1. keine psychiatr. Erkrank. 41% 2. psychoorg. Syndrom 18% 3. Suizidalität 16%	1. psychoorg. Syndrom 20% 2. Neurosen 15%	1. keine psychiatr. Erkrankungen 20% 2. psychoorg. Syndr. 10%
Andere Maßnahmen (z.B. Befundkontrolle)	0 %	4,5 %	3,8 %
Andere somatische Diagnostik notwendig	2,1 %	1,8 %	1,9 %
Psychisch/interdisziplinäre Behandlung notwendig	1,5 %	1,8 %	1,1 %

Ein leicht ansteigender Trend über den 3-Jahres-Zeitraum wird erkennbar (1976 5,1%, 1977 5,1% und 1978 6%).

Bei der Behandlung mit anderen Medikamenten handelt es sich überwiegend um Chlormethiazol (Distraneurin^R) und Medikamente zu Verbesserung der cerebralen Leistungsfähigkeit.

Die psychiatrischen Diagnosenränge innerhalb der Medikationsklassen geben Information über die gebräuchlichen psychiatrischen Behandlungskonzepte bzw. über die therapeutischen Stereotypen (siehe auch BENDER und SIEPMANN Lit. 5):

So wird Beratung-Psychotherapie-Verhaltenstherapie überwiegend bei Neurosen, psychosomatischen Erkrankungen und Suicidversuchen empfohlen, körperliche Entspannungsverfahren bei psychosomatischen Erkrankungen und psychogener Überlagerung, Antidepressiva bei endogenen Depressionen und Tranquilizern bei Neurosen, psychosomatischen Erkrankungen und in zweiter Linie bei reaktiven Depressionen.

Die Empfehlung für weitere organische Diagnostik oder internistische Therapie liegen zusammen unter 5 %.

In der Kategorie anderer Behandlung wurde im wesentlichen die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung aufgeführt. Die Kategorie, keine psychiatrische Behandlung fülle einmal Patienten ohne psychiatrische Erkrankung und zum zweiten solche, für die, wie bei manchen hirnanorganischen Psychosyndromen, eine wirksame Therapie nicht bekannt ist.

4.0 DISKUSSION - SCHLUSSFOLGERUNGEN UND ERGÄNZENDE ANMERKUNGEN

Über den beschriebenen Drei-Jahres-Zeitraum zeigen die Häufigkeiten der psychiatrischen Diagnosen und Therapie-vorschläge eher gleichbleibende Tendenzen.

Die wenigen Trends, die beschrieben werden, scheinen dabei weniger von der spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Einstellung des Konsiliars abhängig zu sein, wenn auch diese Varianz nicht ausgeschlossen werden kann, beim genannten Zeitraum drei verschiedenen Ärzte hintereinander konsiliarisch tätig waren. (An dieser Stelle danken wir besonders Frau Dr.Gaupp für die Überlassung ihrer ausführlichen Konsiliarberichte).

Die Institution des psychiatrischen Konsiliars hat unter anderem eine weiterbildende Funktion für die betreuten Disziplinen - auf der anderen Seite lernt der Konsiliar natürlich ebenfalls von seinen Fachkollegen -, die sich bei anderen Daten darin äußern, daß bezüglich der überwiesenen Patienten oder der begleitenden Fragestellungen spezifische Fragen an den Konsiliar zunehmen und unspezifische abnehmen.

Der abfallende Trend in der Medikation von Antidepressiva und Tranquilizern im Drei-Jahres-Zeitraum könnte ebenfalls dadurch bedingt sein, daß diese Behandlung von den Fachkollegen in eigener Regie und ohne den Konsiliar einzuschalten übernommen wurden.

Demgegenüber stellt LIPOWSKI in seinen konsiliarischen Konsultationen (Literaturangabe 49 - 51) zwei Hauptmodelle der Konsultation auf dem Gebiet der Psychiatrie vor. Einmal das psychiatrisch-therapeutische Modell, das die Leistung optimaler Fürsorge für den einzelnen Patienten beinhaltet und das gemeinschaftlich-mentale Gesundheitsmodell, das die Unterstützung an geistige Gesundheitsfürsorge beinhaltet.

Der Autor glaubt, daß zur Vertiefung des Wertes der Konsultation der Konsultierte seine oder ihre Rolle darauf beschränken sollte, wofür er oder sie ausgebildet worden ist.

LIPOWSKI (Lit.51) sieht den Konsultierenden als Mittler für den Patienten, der Informationen über den Patienten erhält und somit zum Berater zum Zwecke angemessener Diagnose wird und eine geeignete Behandlung einleitet. Somit erfüllt die Konsultation den Zweck, nämlich Diagnostik und Therapie

Das zweite Modell, das gemeinschaftliche mentale Gesundheitsmodell, soll die geistige Gesundheit einer Gesellschaft gemäß vorgefaßter Normen und Standards verbessern. Somit kann man dieses Konsultationsmodell ein sozial-reformistisches nennen.

Es ist festzustellen in unserer Studie, daß für die Indikationsstellung ja als Orientierung die Patienten dienen können, bei denen der Konsiliar solche Behandlung verschrieben hatte. Für die gegenseitige Weiterbildung von Konsiliar und überweisenden Fachkollegen erschien uns in Eingang mit SCHUBERT (Lit. 79, 80, 81, 82, 83, 84 und 85) insbesondere der persönliche Kontakt zwischen Konsiliar und Fachkollegen sowie Pflegepersonal wichtig.

Zu dem gleichen Ergebnis kamen RÖSSLER und GREENFIELD (Lit.74) in ihren Studien. Wobei ihre Untersuchungen gezeigt haben, daß Patienten mit einer höheren Frequenz somatischer Beschwerden und psychischer Krankheiten ebenso mehr psychiatrische Beschwerden und seelische Krankheiten haben. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß psychiatrische Patienten häufiger Kliniken der Inneren Abteilung aufsuchen. Schließlich stellen HINKLE und WOLFF (Lit.33) in Studien an gesunder Bevölkerung fest, daß Krankheit nicht willkürlich verteilt ist. Einige Patienten litten an mehr Krankheiten als andere und diejenigen, die die größte Anzahl körperlicher Krankheiten hatten, unabhängig von ihrer Art, waren ebenfalls Patienten, die die größte Anzahl Störungen in Gemüt, Denken und Verhal-

ten zeigten. Andere Untersuchungen wie die von DUFF und HOLLINGSHEAD (Nr. 19), EVANS (Nr.21), GARDNER (Nr. 24), GOODSTEIN (Nr. 26) und REDLICH (Nr. 71) bestätigen dies.

Das Konsiliargespräch mit dem Patienten sollte deshalb immer von einem vorausgehenden Informationsgespräch mit dem behandelnden Arzt und dem Stationspersonal sowie einer nachfolgenden mündlichen Information über Diagnostik und Therapievorschläge begleitet sein. Dies erscheint uns in Übereinstimmung mit nachfolgenden Autoren. (Lit. 16, 18, 20, 22, 28, 40, 56, 103).

Dies bedingt einen beträchtlichen Zeitaufwand, da allein das Konsiliargespräch mit dem Patienten schon in den meisten Fällen zwischen 30 Minuten und 1 Stunde anzusetzen ist, wobei die oben genannten Vor- und Nachgespräche hinzukommen, außerdem diktieren des Befundberichtes sowie in einigen Fällen Kontrolluntersuchungen des Patienten (STEWART und SHEVITZ berichten über die gleiche Problematik über ihren Konsiliardienst in einem Allgemeinkrankenhaus "Bericht über tausend Überweisungen", Lit. 93).

Bei reduziertem oder fehlendem persönlichen Kontakt zwischen Konsiliar und berweisender Klinik kann der schriftliche Konsiliarbericht leicht ein Befundpapier werden, das lediglich zur Vervollständigung der Krankenakte beiträgt (Lit. 1,6,11,15,23,34,43,47,65). Nach

unserem Eindruck wurden Behandlungen mit Psychopharmaka und andere therapeutische Maßnahmen, die noch während des weiteren stationären Aufenthaltes des Patienten erfolgen sollte, auch tatsächlich nach entsprechenden Vorschlägen des Konsiliars durchgeführt. In diesem Zusammenhang bemerkt SCHWAB (Lit. 87-89), daß die umfassende Behandlung ein Resozialisations- und Rehabilitationsprogramm beinhalte, das stärkere soziale Interaktion vorsieht. Eine Erhöhung physischer Aktivität und anderer Aktivitäten zur Lieferung des sichtbaren Beweises, daß der Patient etwas tun kann. Zu diesem Gelingen des Resozialisationsprogrammes sollte der Arzt die Hilfe der Familie, anderer Ärzte, wie beispielsweise Beschäftigungs- und Physiotherapeuten und Gemeindefürsorgeeinrichtungen wie kirchlicher und Rehabilitationsberater erbitten. Antidepressionsmedikamente sind ebenfalls ein grundlegender Bestandteil dieses Behandlungsprogramms. (Lit.4,8,13,17,25,27,29,36,90,96,97).

Interessant erscheint uns in diesem Zusammenhang die Bemerkung von Walter A. BRONN und Erik JACOBSON (Lit.11): Mitteilungen und Erkenntnisse der Autoren über Psychopharmacologie waren wahrscheinlich genauso gefragt, wenn nicht stärker als die Kenntnisse in Psychodynamik und psychosomatischer Medizin, z.B. erschienen dem Personal einer Inneren Abteilung allgemeine Arten psychotroper Mittel wohlbekannt, aber die Anwendung war im einzelnen unklar. So wurde also die Behandlungsweise mit spezifischen pharmakologischen Mitteln unterrichtet,

beispielsweise wurde die Art Depression definiert, für die die Anwendung trizyklischer Antidepressionsmittel angemessen ist und es wurden die Zielsymptome dieser derartigen Medikamentation definiert. Die medizinische Ärzteschaft verschrieb wohl Neuroleptika und trizyklische Antidepressionsmittel, jedoch in Dosen, die für eine Therapie viel zu niedrig waren. Es bestand ebenfalls eine Tendenz, wahllos Benzodiazepine zu verschreiben. Nicht allgemein berücksichtigt wurden die Nebenwirkungen psychotroper Mittel und die organischen Verhältnisse, die ihre Anwendung kontraindizieren. Abschließend wurde eine Unter- richtung des Konsiliars bereitwillig aufgenommen und be- folgt. (Lit. 70, 73, 75, 77, 92, 94, 101 und 102).

Uns erschienen dagegen schwieriger die Überweisungen in psychosomatische Kliniken, Fachkrankenhäuser für Suchtbehandlungen und zur ambulanten Psychotherapie zu sein. Hier ist der Arzt, der den Konsiliar angefordert hat, häufig auch noch auf dessen weitere Unterstützung angewiesen. Dies deckt sich mit den Vorstellungen mehrerer Autoren (Lit. 49, 54, 77, 87).

Im einzelnen bestünde diese Unterstützung im Benennen entsprechender Therapie-Institutionen, Abklärung der Kostenträgerschaft, Anmeldung des Patienten und fachkun- dige Information der weiterbehandelnden Therapeuten. In diesem Zusammenhang sollte ein von HALE und ABRAHAMS

(Lit. 31) modifizierter Fragebogen erwähnt werden, der das Konsiliargespräch mit dem Patienten besser beleuchtet.

Wie bereits in Punkt 3.1 erwähnten Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliars haben wir festgestellt, daß bezogen auf die Anzahl der stationären Neuzugänge, pro Jahr die Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliardienstes 1976 bei 5,8 Prozent, 1977 bei 4,3 und 1978 bei 2,8 Prozent der Patienten lag. Vergleicht man nun die Inanspruchnahme der Beratung bei HALE und ABRAHAMS (Lit. 31), so wurde in einem allgemeinen Krankenhaus dort festgestellt, daß sowohl für den Vier-Jahres-Zeitraum in der Vergangenheit, als auch die drei Monate, die 1 Jahr später durchgeführt wurden, die Beratung ungefähr in gleichem Maß in Anspruch genommen wurde und zwar bei 2,7 Prozent der aufgenommenen Patienten. Dieser geringe Prozentsatz trifft auch noch zu nach einer ausführlichen Unterrichtung über die Beratungstätigkeit durch Krankenhaus-Psychiater und Unterstützung des medizinischen Personals durch Psychiater, ebenfalls durch gute Zusammenarbeit auch in schriftlicher Form mit den überweisen den Ärzten. Der Prozentsatz scheint ganz besonders niedrig in Anbetracht der auch in einer früheren Studie von DENNEY (Lit. 17) in demselben Krankenhaus festgestellten hohen Rate psychiatrischer Auffälligkeiten bei medizinischen und chirurgischen Patienten. Die Raten bei HALE und ABRAHAMS (Lit. 31) sind jedoch ähnlich denen, die in

der jüngeren Literatur festgestellt worden sind. MOSES und PASELEY (Lit. 64) stellten einen Patientensatz von 2,63 fest. KARASU (Lit.41) stellten 2,72 Prozent fest und SHEVITZ und LIPOWSKI (Lit. 50) stellten 3,3 Prozent fest. In der von HALE und ABRAHAMS (Lit. 31) vorliegenden Untersuchung wie auch in anderen wird ebenfalls festgestellt, daß verschiedene Fachrichtungen die Beratungstätigkeit verschieden stark beanspruchen. Die meisten zu beratenden Patienten kommen aus Inneren Abteilungen, aber der höhere Prozentsatz in den Beratungen sind neurologische Patienten.

Diese Feststellung deckt sich genau mit unserer Studie (vergleiche Punkt 2.6 a) und b).

Es stellt sich auch die Frage, inwieweit der Konsiliar eine therapeutische Funktion in Form von Kriseninterventionsgesprächen und überbrückender Betreuung bis zu Beginn einer längerfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wahrnehmen sollte. Hierfür muß ein Konsiliardienst natürlich entsprechend personell ausgestattet sein. Es erscheint klar, so meint CAVANAUGH (Lit. 12), daß auf der Anleitungsseite Krankenhauspsychiater lernen müssen, Beratungsberichte klar und deutlich zu formulieren. Mit Empfehlungen, die Anleitungen für die Behandlung jedes Problemgebietes darstellen, wie von ALBORNOZ (Lit. 2), BROOK (Lit. 9) und KIMBALL (Lit. 44) empfohlen. BROSIN (Lit. 10) glaubt, daß die psychologischen Aspekte vieler Krankheiten und Behand-

lungen, Interviewtechniken und Persönlichkeitsbeurteilungen, die Erkennung und Behandlung psychiatrischer Syndrome und Konzepte der Psychogenetik und psychosomatischen Medizin wichtig sind. (Lit. 12, 32, 45, 48, 59, 63 und 91).

In unserer Studie wurden 1165 Patienten in einem 3-Jahres-Zeitraum vom psychiatrischen Konsiliardienst in einem Großklinikum untersucht. Davon waren männliche Patienten in dem 3-Jahres-Zeitraum (37.46%) und weibliche Patienten (62.84%).

(Vergleichsstudie bei STEWARD A.SHEVITH, Lit.93).

Diese Studie hatte in einem ebenfalls 3-Jahres-Zeitraum (vom 1.11.1971 - 31.10.1974) ca. 1000 psychiatrische Konsiliardienste. Es handelte sich um ein allgemeines Lehrkrankenhaus mit 400 Betten, das als eines der Haupteinweisungszentren in New Hampshire und Vermont dient. In unserer Studie lag die Inanspruchnahme des psychiatrischen Konsiliars, bezogen auf die Anzahl der stationären Zugänge, pro Jahr 1976 bei 5.8%, 1977 bei 4.3% und 1978 bei 2.8% der Patienten (Lit. 3, 5, 38, 42, 58, 69).

Die drei häufigsten Fragestellungen an den Konsiliar bezogen sich auf Abklärung von psychogenen Faktoren, Depressionen und Suicidalität. Diese Aussage deckt sich auch mit der Studie von STEWARD A.SHEWITZ (Lit. 93) sowie anderen Studien (Lit. 39, 53, 55, 52, 66, 86).

Unter den psychiatrischen Diagnosen bei den Konsiliarpatienten lagen Reaktionen - Neurosen - Persönlichkeitsstörungen vorn, gefolgt von Suicidalität, exogenen Psychosen, psychosomatischen Suchterkrankungen.

Bei SHEWITZ (Lit. 93) war die häufigste vorkommende psychiatrische Besonderheit die Depression bei allen Arbeiten oragnischer Krankheiten; und sie machte 53% aller psychiatrischen Diagnosen aus. Organische Gehirnsyndrome sowie akute als auch chronische machten 18% aller Zuweisen aus. Es wurden doppelt so viele Frauen wie Männer überstellt, obgleich ihre Verteilung in der Krankenhausbelegung ungefähr gleich war. Bei einem Drittel der Frauen bestand keine eindeutige innere Diagnose, verglichen mit einem Fünftel der Männer. Alkoholismus war ein großes Problem in 8.9% der Überweisungen. 7.8% der Patienten wurden überstellt nach Suicidversuchen. Von 50 krebserkrankten Patienten litten 66% unter Depressionen. Auffallend war dabei, daß Depressionen am häufigsten bei Patienten mit Krankheiten der Geschlechtsorgane und Harnwege festgestellt wurden, von denen 57% neoplastisch waren (Lit. 57, 60, 88, 89). An der Spitze unserer Behandlungsempfehlungen rangierten neben Beratung, Psychotherapie, Verhaltenstherapie, die Gabe von Antidepressiva, gefolgt von Tranquilizern und ambulanter nervenärztlicher Weiterbetreuung. Es wurden außerdem Erfahrungen bezüglich Anforderungen und Aufgabenbereich sowie spezifischer Probleme der psychiatrischen Konsiliardienste beleuchtet.

Dazu bemerkten STEWARD u. SHEVITZ (Lit.93) in ihrer Studie, daß 38 % von ihnen durch kurze Psychotherapie behandelt wurden und zwar mit oder ohne Anwendung psychotroper Medikamente. Darüber hinaus wurde in 7 % der Fälle eine Unterredung mit der Familie geführt, zusätzlich zu den Besprechungen.

Diese Zahl liegt verhältnismäßig unter dem Grad des Aufwandes an Zeit und Mühe auf Seiten der psychiatrischen Berater bei der Patientenfürsorge. In vielen Fällen wurde eine weitere Behandlung nach der Entlassung des Patienten von dem Berater vereinbart.

5.0 ZUSAMMENFASSUNG

Die Studie wertet die schriftlichen Anforderungen und Konsiliararztberichte über 1165 Patienten, die in einem 3-Jahres-Zeitraum untersucht wurden, aus (37.5% männliche, 62.5% weibliche Patienten.)

Die drei häufigsten Fragestellungen an den Konsiliar bezogen sich auf Abklärung von psychogenen Faktoren, Depressionen und Suizidalität.

Unter den psychiatrischen Diagnosen lagen bei unseren Konsiliärpatienten an erster Stelle Reaktionen/Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von Suizidalität, exogenen Psychosen und psychosomatischen Suchterkrankungen.

An der Spitze unserer Behandlungsempfehlungen rangierten neben Beratung, Psychotherapie, Verhaltenstherapie die Gabe von Antidepressiva, gefolgt von Tranquilizern und ambulanter nervenärztlicher Weiterbetreuung.

Es wurden außerdem Erfahrungen bezüglich Anforderungen und Aufgabenbereich sowie spezifische Probleme des psychiatrischen Konsiliardienstes beleuchtet.

6.0 LITERATURVERZEICHNIS

- 1 ABRAHAMS D. and J.S.GOLDEN. Psychiatric Consultations on a Medical Ward"
Arch. Intern. Med., 112:766, 1963
- 2 ALBORNOZ-RUIZ J: Psychiatric consultation in the emergency room.
Maryland State Med. J.Sept. 21-35, 1972
- 3 ALMOND G: Interpretation of non-interpretive psychiatric intervention in the general hospital setting: An overview of the Psychiatric consultation.
W va Med J, 72 (11) 317-20/Nov 76
- 4 BARTEMEIER L.H.; On Referring Patients to other Physicians
Northwest Mes., 56:312, 1957
- 5 BENDER W., SIEPMANN K.: Therapeutische Stereotypen bei psychiatrischen Erkrankungen
Psychiatria clin., 13: 1-2, 1980
- 6 BENSON R: The Function of a Psychiatric Unit in a General Hospital a five year experience
Dis Nerv Syst, 37 (10) 537-7/Oct 76
- 7 BILLOWITZ A, FRIEDSON W. Are psychiatric consultant's recommendations followed?
Int. J. Psychiat.Med. 9: 179-189/1978-79).
- 8 BINDER H.J.: Helping your Patient Accept Psychiatric Referral
J.Okla.Med.Assn. 45:279, 1952
- 9 BROOK P: Career Intentions of senior registrars in General Psychiatry
BR J.Psychiatry, 128 290-8 M MAR 76
- 10 BROSIN H.: Communications System of the Consultation Process
The Psychiatric Consultation, New York: Grune and Stratton, 1968
- 11 BROWN WA, JACOBSON EM: Consultation-Liaison Psychiatry: Current Responsibilities
AM J. Psychiatry, 133 (3) 326-8 / MAR 76
- 12 CAVANAUGH JL JR, FLOOD J.: Psychiatric Consultation Services in the Large General Hospital: A Review and an new Report
Int. J. Psychiatry Med. 7 (3) 193-207 / 1976-77

- 13 CRANDELL DL, DOHRENDWEND BP: Some relations among psychiatric symptoms, organic illness, and social class.
AM J. Psychiatry 123: 1527-1538, 1967
- 14 CROMBIE DL: The procrustean bed of medical nomenclature
Lancet I: 1205-1206, 1963
- 15 CUMMING E and CUMMING J: Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education
Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1957
- 16 DAVIES DW: Physical illness in psychiatry outpatients
British Journal of Psychiatry, Vol. 111, 1965, pp. 27-33
- 17 DENNEY D, QUASS RM, RICH DC, et al: Psychiatry Patients on Medical Wards
Arch-Gen.Psychiat., 14, pp. 530-535, 1966
- 18 DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENHEILKUNDE.
Perspektiven der heutigen Psychiatrie, S. 126-138, Frankfurt a.M.: Gerhards u.Co, 1972
- 19 DUFF R S and HOLLINGSHEAD AB: Sickness and Society
New York: Harper and Row, 1968
- 20 ENGEL GL and ROMANO J: Delirium, a syndrome of cerebral insufficiency
J.Chr.Dis., 9, 260-277, 1959
- 21 EVANS L: Consultation-Liaison Psychiatry
Aust NZ J Psychiatry, 11 (2) 95-100
- 22 FINK P J: The Relationship of Psychiatry to Primary Care
AM J Psychiatry 134:2, Feb. 1972
- 23 FINN R , HUSTON P: Emotional and mental symptoms in private medical practice
J. Iowa med. Soc 56: 138-143, 1966
- 24 GRUBER RD: Psychiatric Consultation and Treatment in a General Hospital
Virginia med. Mth. 99m.854.858, 1972
- 25 GOODWIN DW: psychiatry and the Mysterious medical complaint
J.Amer.Med.Assoc., 209, 1884-1888, 1969
- 26 GOLDSTEIN RK, HURWITZ TD: The Role of the Psychiatric Consultant in the Treatment of disturbed patients
Int.H. Psychiatry Med. 6 (3) 413-29, 1975

- 27 GROVES JE: Management of the boderline patient on a medical or surgical ward: The Psychiatric Consultant's Role
- 28 GUREL L. Some characteristics of psychiatric residence training programs
Am J. Psychiatry 132: 363-372, 1975
- 29 HACKETT TP: The Psychiatrist: In the mainstream or on the banks of medicine?
Am J. Psychiatry 134: 4.April 1977
- 30 HÄFNER H., REIMAN H, IMMICH H, MARTINI H: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965,
Sozialpsychiatrie 4, 126-135, 1969
- 31 HALE M L and ABRAM HS. Patients Attitudes Toward Psychiatrix Xonsultations in the General Hospital Virginia med.Monthly, 94, pp. 342-347, 1967
- 32 HALE RCW: Physical illness presenting als psychiatric disease
Archives of general psychiatry, Vol. 35, pp. 1315-1320, 1978
- 33 HINKLE LE and WOLFF HG. Health and the social Environment: Experimental Investigations
In: A. Leighton et al: (eds), Explorations in Social Psychiatry, New York:Basic Books, pp. 105-137, 1957
- 34 HUGHSON B and LYONS R. Patient Response to Psychiatrix Consultations in a General Hospital
Australien and New Zealand, J.psychiat. 7, pp. 279-282, 1973
- 35 HUTH E: Stale, soft or chronic
Ann.Intern. Med. 70: 1272 (1969
- 36 JAFFEE M: Psychiatrix Referral
Rocky Mountain Med. J. 60:26, 1963
- 37 JOHNSON W, SNIBBE J: The selction of a psychiatrix curriculum for medical students: Results of a survey
Am J. Psychiatry 132: 513-515, 1975
- 38 KAHANA RJ: Studies in medical psychology: A brief survey
Psychiat in Med. 3, 1-22, 1972
- 39 KANNEL WB, GORDON T. The framingham Study;; An Epidemiological investigation of Cardiovascular Disease (Section 30)
bulletin 74-599, US Department of Health, Education and Welfare, 1974

- 40 KRAKOWSKI A.J. Consultation-Liaison Psychiatry: A Psychosomatic Service in the General Hospital
Int. J. Psychiatry Med. 6 (30) 283-92/1975
- 41 KARASU T.B. et al.: Patterns of psychiatric consultation in a general hospital
Hosp. Commun. Psychiat, 28: 291-294 (1977)
- 42 KEMP I.W. Informing the consultant psychiatrist - the problems of communication
Psychological Medicine, 1979, 9, 365-371
- 43 KLIGERMAN M.J. Mc Kegney F.P. Patterns of psychiatric consultations in two general hospitals,
Psychiat Med 2:126-132, 1971
- 44 KIMBALL C.P. The challenge of Liaison Medicine: Conceptual Approach of Liaison Medicine, Consultation-Liaison Psychiatry
R.O. Pasnau, (ed), Grune & Stratton, New York, pp. 269-275, 1975
- 45 KRETSCHMER E. Psychotherapeutische Studien, Stuttgart: Thieme 1949
- 46 LANGNER T.S. Michael S.T. Life stress and mental health Midtown Manhattan Study, Glencoe, Ill.
The Free Press of Glencoe, vol. 2 (1965)
- 47 LEIGHTON D.C. Harding J.S. Macklin S.B., et al: The Character of danger, New York, Basic Books, 1963
- 48 LINDNER H; Rorsman B: Psychiatric Consultation activity of inpatients at a general hospital Lakartidningen, 73 (40) 3341-3/29 Sept 76 (IM-ED = 1977, 01)
- 49 LIPOWSKI Z.J. Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine, Psychosom, Med., 24, pp.201-224, 1967
- 50 LIPOWSKI Z.J. Consultation-Liaison Psychiatry: An overview Amer.J. Psych., 131, 623-630, 1974
- 51 LIPOWSKI Z.J. Psychiatric Consultation: Concepts and Controversies
Am J. Psychiatry 134:5, May 1977
- 52 MAGUIRE G.P. Julier D.L. and Hawton K.E.; Psychiatric Morbidity and Referral on two General Medical Ward
Brit.Med.J., 1, pp. 268-270, 1974

- 53 MAZER M. Psychiatric Disorder in General Practice: The Experience of an Island Community
Amer. J. Psychiat, 124, pp. 609-615, 1967
- 54 McKEGNEY F.P. and Weiner S.A. Consultation Liaison psychiatry clinical clerksh Psychosom, Med. 38/1976), 45-54
- 55 McKEGNEY F.P. The Teaching of psychosomatic medicine: Consultation liaison psychiatry, in Reiser M (ed):
American Handbook of Psychiatry, New York, Basic Books
Inc. 1975, vol 4 chap 24
- 56 MELTZOFF J. and KORNREICH M.: Research in Psychotherapy, New York: Aldine, 1970
- 57 MENDEL W.M.: Psychiatric consultation education - 1966.
Am J. Psychiatry 123:150-155, 1966
- 58 MEYER E. and MEDELSON M. Psychiatric Consultations with Patients on Medical and Surgical Wards: Patterns and Processes, Psychiatry, 24, pp. 197-220, 1961.
- 59 MEZEY A.G. Kellett J.M.: Reasons against Referral to the Psychiatrist,
Postgrad. med. J. 47, 315-319 (1971)
- 60 MILLER S.I. and LENKOSKI L.D.: Patient care in undergraduate psychiatry J. Med. Educ., 48, 375-377, 1973
- 61 MIRSKY I.A. Thaler M., Weiner H. et al: Studies on the Physiological, Psychological and social determinants in the etiology of duodenal ulcer.
Psychosom Med. 28: 514, 1956
- 62 MOGSTAD T.E. Consultation Psychiatry: Psychosomatics or Psychiatry in Medicine?
Psychosomatics 16 (3) 138-9/1975
- 63 MOFFIC H.S. Paykel E.S. Depression in medical in-patients
Brit J. Psychiat 126:346-353, 1975
- 64 MOSES R. Barzilay S.: The influence of psychiatric consultation on the course of illness of the general hospital patient
Compreh. Psychiat. 8:16-26 (1967)
- 65 NOY P. DE-NOUR A.K. and MOSES R., Discrepancy Between Expectations and Services in Psychiatric Consultation Arch.Gen.Psychiat, 14, pp. 651-657, 1966

- 66 PSAMANICK B. A Survey of Mental Disease in an Urban Population. V: An Approach to Total Prevalence by Diagnosis and Sex
J. Nerv.Ment. Dis., 133, pp. 519-523, 1961
- 67 PAYKEL E.S. MYERS J.K. DIENELT M.N., et al: Life events and depression Arch. Gen. Psychiatry 21:753-770, 1969
- 68 PLOEGER A. und SCHLEICHER V. Medizin-soziologische Analysen zur Effizienz psychiatrischer Konsiliartätigkeit
Arch. Psychiat. Nervenkr. 220, 295-306 (1975)
- 69 POE R.O. LOWELL F.M., FOX H.M.: Depression, Study of 100 cases in a general hospital
JAMA 195:345-350, 1966
- 70 PRIMROSE E.J.R., Psychological Illness,
Tavistock Publications, London 1962
- 71 REDLICH F.C. and FREEDMAN D.X. The Theory and Practice of Psychiatry
Basis Books, New York 1966
- 72 REITMAN H. HÄFNER H.: Psychische Erkrankungen alter Menschen in Mannheim,
Sozialpsychiatrie 7, 53-69 (1972)
- 73 ROBINS E., KATHYE A. MUNOZ R.A. A Contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18-month follow-up of 314 psychiatric Emergency Room Patients
Arch Gen. Psychiatry - Vol 34, March 1977
- 74 ROESSLER R. and GREENFIELD N.S. "Incidence of Somatic Disease in Psychiatric Patients", Psychosom, Med. 23:413, 1961
- 75 ROSENBERGER P.B. The Effect of Haloperidol of Stuttering
Am J Psychiatry 133:3, March 1976
- 76 SACKETT D.L. and HAYNES R.B. Compliance with Therapeutic Regimens, Baltimore:
Johns Hopkins University Press, 1976
- 77 SAINSBURY P. Psychosomatic disorders and neuroses in out-patients attending a general hospital
J. Psychosom Rs. IV: 261 (1960)
- 78 SASSER M. KINZIE J.D. Evaluation of medical-psychiatric consultation.
Int. J. Psychiat.Med. 9:123-134 (1978-79)

- 79 SCHUBERT S.P. how the Liaison Psychiatrist can improve his usefulness pp 603-605 A Psychiatric Annals Reprint
- 80 SCHUBERT S.P. Obstacles to effective psychiatric liaison pp 283-285, 1978 Psychosomatics Volume 19 Number 5
- 81 SCHUBERT S.P. Improving the Effectiveness of Consultation by Psychiatrists are from Psychiatrists Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation Vol.2. pp 11-113, 1980
- 82 SCHUBERT S.P. Psychiatric Consultation Education - 1976 Reprinted from the Arcives of General Psychiatry
- 83 SCHUBERT S.P. Teaching Psychiatry to medical students on a Consultation Service The internation Journal of social Psychiatry Vol.23, No 4 pp 282-284, 1977
- 84 SCHUBERT S.P. Compliance with Psychiatric Consultation Advice Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation
- 85 SCHUBERT S.P. Identification, Psychiatric Diagnosis, and Preconsultation Management of Medical and Surgical Patients who Eventually Recieve a Psychiatric Consultation International Journal of Psychiatry in Medicine, in press.
- 86 SCHULTE W.: "Die gesunde Umwelt in ihrer Reaktion auf Psychosen und Psychopathien." In: H.E.Ehrhardt, D.Ploog, H. Stutte, (Hrsg.): Psychiatrie und Gesellschaft, S. 60 - 69, Bern-Stuttgart: H.Huber 1958
- 87 SCHWAB J.J.: Fennell, E.B.; Warheit, G.J. "The epidemiology of psychosomatic disorders". Psychosomatics 15: 38-93 (1974)
- 88 SCHWAB J.J.: "Consultation from the psychiatrists; in Usdin, Lewis, Psychiatry in general medical practice". McGraw-Hill, New York 1979.
- 89 SCHWAB J.J.: Traven, N.D.: "Factors related to the incidence of psychosomatic illness". Psychosomatics 20: 307-315 (1979)
- 90 SCHULTE-HENCKE H. "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie" Stuttgart: Thieme 1951

- 91 SCOTT W.A. "Social Psychological Correlates of Mental Illness and Mental Health"
Psychol. Bull., 55 (2): 65, 1958
- 92 SOMMERS A.R. "Accountability, Public Policy, and Psychiatry"
Amer.J. Psychiat., 134: 9, pp 959-965, 1977
- 93 STEWAR T and SHEVITZ et al: Psychiatric consultation in a general hospital 1000 referrals. Dis.nerv. Syst. 37: 295-300 (1976)
- 94 STOECKLE J.D. and DAVIDSON G.E. "The use of `crisis` as an orientation for the study of patients in a medical clinic".
J.Med.Educ., 37, 604-613, 1962
- 95 STROTZKA H. "Sozialpsychiatrie als wissenschaftliches Problem und als politische Aufgabe".
In H.E. Ehrhardt, (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie, S. 19 - 24.
Frankfurt a.M., Gerhards und Co. 1972
- 96 STROTZKA H., Leitner I., Czerwenka-Wenkstetten G., Graupe S.R. "Sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis"
Sozialpsychiatrie 1, 83-87 (1966)
- 97 WATTER S T.A. "Certain Pitfalls and Perils in Psychiatric Referral".
Am.Practit., 3:198, 1952
- 98 WEST ND, Bastani JB: The pattern of psychiatric referrals in a teaching hospital. Nebraska MJ 15:438-440, 1973
- 99 WING J.K. "Die Evaluation von gemeindepsychiatrischen Diensten".
Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.
München, 11. Oktober 1974
- 100 WING L., WING J.K., HAILYEY A., BAHN A.K., SMITH H.E., BALDWIN J.A. "The Use of Psychiatric Services in three Urban Areas: An International Case Register Study. Sozialpsychiatrie 2, 158-167 (1967)
- 101 SAND J.J., LEIFER R. "The psychiatric consultation".
Comprehensive Psychiatry 5:409, 1964
- 102 ZIEGLER D.K. "Neurological disease and hysteria".
Int. J. Neruopsy, 3, 388-396, 1967

- 103 ZOLA J.K. "Problems of Communication, Diagnosis, and Patient Care"
The Interplay of Patient, Physician and Clinic Organization. J.med.Educ. 38, 829 - 838 (1963)

Lebenslauf

Name: Georg Meyer

geboren: 06. September 1946 in Deggendorf/
Niederbayern

Eltern: Wilhelm Meyer, Uhrmachermeister,
verstorben
Adelheid Meyer, Hausfrau

Geschwister: drei Brüder, sieben Schwestern

Familienstand: verheiratet; Kinder: 2 Söhne

Konfession: römisch-katholisch

Hobbys: Wandern, Skifahren, Radsport

Schulbildung: Grundschule in Deggendorf/Nieder-
bayern 1954 - 1958
Humanistisches Gymnasium Straubing
1958 - 1964
1965 - 1967 Berufsaufbauschule in
Deggendorf
Abschluß: Fachschulreife
1968 - 1972 Abendgymnasium für Berufs-
tätige in München:
Abschluß: Abitur

Berufsausbildung: 1964-1966 Textilpraktikum in
Deggendorf
1967-1969 Lehre im Groß- und
Außenhandel
Abschluß: Kaufmannsgehilfenbrief

Studium: Ludwig-Maximilians-Universität München
November 1972 bis Mai 1980

- Wintersemester 1972/73, Studium
Physik/Chemie
- Sommersemester 1973 bis Winter-
semester 1979/80: Human-Medizin
- o Physikum: Wintersemester 1975/76
- o 1.Abschnitt der ärztl.Prüfung:
Wintersemester 1976/77
- o 2.Abschnitt der ärztl.Prüfung:
Wintersemester 1978/79
- o 3.Abschnitt der ärztl.Prüfung:
März/Mai 1980

Famulatur: Praxis Dr. Baumgartner in München
September/ Oktober 1977

Berufstätigkeit: Seit Oktober 1980: Assistenzarzt
Kreiskrankenhaus Deggendorf,
Abteilung für Innere Medizin,
Chefarzt Dr.med.W.Göres.

